

# КЛИНИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-63-66

УДК: 616-082

*Ерусланова К.А., Малая И.П., Котовская Ю.В.*

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

## Резюме

Сердечная недостаточность является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых состояний, частота встречаемости которого неуклонно растет. Ведение пациентов только возможностями врачей терапевтов и кардиологов недостаточно для оказания качественной медицинской помощи. Для обеспечения мультидисциплинарного наблюдения за пациентами с сердечной недостаточностью во многих странах, в том числе в России, активно развиваются клиники сердечной недостаточности. Особую роль в реализации задач этих клиник играет специально подготовленный средний медицинский персонал. Необходимость подготовки для работы в клиниках сердечной недостаточности ставит задачи по разработке новых образовательных программ и расширению компетенций среднего медицинского персонала в нашей стране. В данной статье описан зарубежный опыт работы среднего медицинского персонала при амбулаторном наблюдении за пациентами с сердечной недостаточностью.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность; средний медицинский персонал; амбулаторная помощь.

**Для цитирования:** Ерусланова К.А., Малая И.П., Котовская Ю.В. Клиники сердечной недостаточности: роль среднего медицинского персонала. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023; 1(13): 63–66. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-63-66

## HEART FAILURE CLINIC: THE ROLE OF NURSES

*Eruslanova K.A., Kotovskaya Yu.V., Malaya I.P.*

Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

## Abstract

Heart failure is one of the most common cardiovascular conditions with a steadily increasing incidence. Management of such patients only by general practitioners and cardiologists make it impossible to provide high-quality medical care. To ensure multidisciplinary monitoring of heart failure patients in many countries, including Russia, heart failure clinics are actively developing. Specially trained nursing staff play a particular role in the implementation of the clinics' purposes. Working at Heart Failure Clinic requires advanced training, which in turn determines the priority for the development of new educational programs and expanding the competencies of nursing staff in our country. This article describes the foreign experience of nursing staff in outpatient monitoring of patients with heart failure.

**Keywords:** heart failure; nurses; outpatient care.

**For citation:** Eruslanova K.A., Kotovskaya Yu.V., Malaya I.P. Heart failure clinic: the role of nurses. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023; 1(13): 63–66. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2023-63-66

## ВВЕДЕНИЕ

Сердечная недостаточность (СН) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых состояний. Количество пациентов с этим состоянием продолжает неуклонно расти и, по прогнозам, в ближайшие 5–10 лет вырастет еще на 60–70% в связи с увеличением количества людей с ожирением и распространенностью long-COVID [1,2]. По данным российского регистра ЭПОХА, встречаемость СН среди пациентов амбулаторного

звена достигла 8,2% [3]. Средняя пятилетняя выживаемость пациентов с СН варьирует от 40 до 50% [4]. Сердечная недостаточность характеризуется волнообразным течением: эпизоды стабилизации состояния чередуются с периодами декомпенсации, часть из которых может потребовать госпитализации, в том числе в реанимационные отделения. Кроме того, для СН характерен «каскад» госпитализаций, связанный с декомпенсацией: примерно 40% госпитализированных в связи с СН

пациентов будут госпитализированы повторно в течение 6 месяцев после первой госпитализации [5]. Адекватное амбулаторное ведение пациентов, включающее контроль соблюдения рекомендаций команды врачей: врача-кардиолога, клинического фармаколога, диетолога, реабилитолога, гериатра, является залогом снижения частоты декомпенсации СН и экстренных госпитализаций, в том числе в отделения неотложной помощи [6]. В России в последние годы активно открываются кабинеты и клиники для пациентов с СН, в основе работы которых заложен принцип формирования мультидисциплинарных команд с привлечением смежных специалистов [7]. Первые результаты внедрения таких клиник в российскую практику продемонстрировали увеличение приверженности к терапии у пациентов с СН и стабилизацию параметров гемодинамики [8]. Результаты исследований, выполненных в Северной Америке, продемонстрировали снижение частоты госпитализаций и смертности у пациентов, наблюдающихся в клиниках СН [9,10]. В работе зарубежных клиник СН большая роль отводится среднему медицинскому персоналу, в обязанности которого входит проведение осмотра, определение возможности и необходимости лабораторного и инструментального обследования, интерпретация результатов этих исследований, решение вопроса о привлечении смежных специалистов и маршрутизации пациентов на госпитализацию. Такой широкий спектр функциональных обязанностей обусловлен высоким уровнем специальной подготовки среднего медицинского персонала по работе с пациентами с СН. В данной статье мы описываем опыт работы среднего медицинского персонала зарубежных клиник, полагая, что этот опыт может быть использован в клиниках СН в нашей стране.

### **РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Амбулаторные клиники СН в странах Северной Америки, Европы и Азии нередко предполагают только сестринское наблюдение, при этом пациенты маршрутизируются на прием к врачу или в стационар в случае ухудшения состояния. Основой таких клиник является специальная подготовка среднего сестринского персонала по работе с пациентами с СН как в стационаре, так и в амбулаторной практике.

В обязанности среднего медицинского персонала входит оценка состояния пациентов, решение вопроса о проведении инструментальных и лабораторных исследований, контроль приема лекарственных препаратов и выполнения немедикаментозных мероприятий.

Сестринская оценка пациента с СН фокусируется на контроле эффективности терапии

и способности пациента понимать и реализовывать стратегии самопомощи.

Во время визита пациента сестринский персонал оценивает признаки и симптомы СН, в частности одышку, усталость, отеки [11]. Кроме того, в клинике выполняется физикальное обследование, включающее определение веса, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, насыщения крови кислородом; осмотр кожных покровов; пальпацию брюшной полости (для оценки гепатоспленомегалии) и аускультацию сердца и легких (для оценки наличия хрипов в легких или шумов в сердце). Более того, в большинстве клиник сестринский персонал самостоятельно оценивает функциональный класс СН по нью-йоркской классификации [12]. По результатам опроса и осмотра принимается решение о необходимости проведения лабораторного и инструментального обследования с последующей интерпретацией результатов.

Из лабораторных параметров обычно оценивают результаты общего анализа крови, уровень электролитов (калий, натрий, хлор), мочевины, креатинина, аланин- и аспартатаминотрансферазы, предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP) и тропонина.

Из инструментальных методов обследования возможно проведение электрокардиограммы для оценки ритма, исключения аритмий (например, фибрилляции предсердий) и ишемии (острого и перенесенного инфаркта миокарда); рентгенографии органов грудной клетки для исключения застоя по малому кругу кровообращения; эхокардиографического исследования для оценки фракции выброса [12].

Сестринский персонал также оценивает принимаемую терапию и ее соответствие рекомендациям врача. Более того, зачастую у среднего медицинского персонала достаточно знаний для того, чтобы оценить терапию на соответствие клиническим рекомендациям. В завершение сестринский персонал оценивает приверженность пациента рекомендованной диете и программе физических упражнений.

На основании проведенного обследования формулируется сестринский диагноз, основанный на выявленных симптомах и синдромах. Примерами такого диагноза могут быть:

- снижение функциональной активности в связи со снижением фракции выброса,
- отечный синдром в связи с существующей сердечной недостаточностью,
- тревожность в связи с существующим заболеванием и повторными госпитализациями,
- слабость на фоне длительно существующего заболевания,
- снижение/отсутствие приверженности к рекомендованной медикаментозной и немедикаментозной терапии.

В заключении формируется сестринский план ведения пациента с СН, включающий мероприятия, направленные на:

- уменьшение отеков,
- уменьшение симптомов тревожности и ощущения беспомощности,
- увеличение физической активности,
- улучшение соблюдения режима приема лекарств,
- уменьшение побочных эффектов лечения,
- обучение пациентов основам правильного питания,
- обучение пациента самоконтролю симптомов,
- обучение пациентов ежедневному мониторингу веса.

Для реализации этих планов средний медицинский персонал осуществляет контроль выполнения назначений врача, эмоциональную поддержку, проводит обучающие занятия в отношении немедикаментозных методов лечения.

Более подробно возможные мероприятия представлены в таблице 1.

При выявлении признаков ухудшения состояния пациентов маршрутизируют к лечащему врачу или смежным специалистам. Показаниями для консультации врача-кардиолога могут быть увеличение отеков, уменьшение диуреза, усиление одышки, тахикардия, изменения в когнитивном или эмоциональном статусе.

Таким образом, целью работы сестринских клиник СН является контроль за состоянием пациента, поддержание приверженности к медикаментозной и немедикаментозной терапии и раннее выявление признаков декомпенсации для получения своевременной помощи. Кроме того, в клиниках пациенты получают исчерпывающую информацию о немедикаментозных методах лечения, включая правильное питание и физические упражнения, а также клиники являются центрами эмоциональной поддержки.

Таблица 1.

**Мероприятия для реализации плана сестринского наблюдения.**

Цель	Мероприятие
Уменьшение отеков	<ul style="list-style-type: none"> <li>• регулярный прием диуретической терапии</li> <li>• диета с ограничением употребления сильно соленых продуктов питания и полуфабрикатов</li> <li>• контроль веса</li> </ul>
Уменьшение симптомов тревожности и чувства беспомощности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• психологическая поддержка</li> <li>• обучение пациентов способам контроля тревоги и избегания провоцирующих тревогу ситуаций</li> <li>• направление пациентов для получения специализированной помощи</li> <li>• пациенты учатся озвучивать свои страхи</li> <li>• беседы с пациентами строятся с учетом того, что пациенты сами должны принимать решение</li> </ul>
Увеличение физической активности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• разработка плана физических упражнений (совместно с лечащим врачом и реабилитологом) и контроль его выполнения</li> </ul>
Увеличение приверженности к лекарственной терапии	<ul style="list-style-type: none"> <li>• с пациентом обсуждается цель приема каждого лекарства</li> </ul>

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Сердечная недостаточность — это серьезное состояние, с которым лучше всего справляется мультидисциплинарная команда, в нее входят кардиологи, клинические фармакологи, диетологи, реабилитологи, гериатры. Мультидисциплинарная команда является залогом снижения частоты декомпенсации состояний, требующих экстренных госпитализаций, в том числе в отделения неотложной помощи. Средний медицинский персонал является полноправным членом мультидисциплинарной команды и должен быть активно вовлечен в работу с пациентом. Необходимо по возможности выявлять и лечить причину СН. Медицинские работники, оказывающие помощь таким пациентам, должны быть ознакомлены с действующими клиническими рекомендациями по лечению СН [13].

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Salah HM, Pandey A, Van Spall HGC, Michos ED, McGarrah RW, Fudim M. Meta-Analysis of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Incident Heart Failure. *Am J Cardiol.* 2022;171:180-181. doi:10.1016/j.amjcard.2022.02.012
2. Salah, H.M., Fudim, M., O’Neil, S.T. et al. Post-recovery COVID-19 and incident heart failure in the National COVID Cohort Collaborative (N3C) study. *Nat Commun* 13, 4117 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-022-31834-y>
3. Поляков Д.С., Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Артемьева Е.Г., Бадин Ю.В., Бакулина Е.В., Виноградова Н.Г., Галявич А.С., Ионова Т.С., Камалов Г.М., Кечеджиева С.Г., Козилова Н.А., Маленкова В.Ю., Мальчикова С.В., Мареев Ю.В., Смирнова Е.А., Тарловская Е.И., Щербинина Е.В., Якушин С.С. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА -ХСН. *Кардиология.* 2024;61(4):4-14. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.4.n1628>
4. Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study. *BMJ.* 2019;367:l5840. Published 2019 Oct 8. doi:10.1136/bmj.l5840

5. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ et al. Randomised trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:83-9.
6. Lee DS, Straus SE, Farkouh ME, et al. Trial of an Intervention to Improve Acute Heart Failure Outcomes [published online ahead of print, 2022 Nov 5]. *N Engl J Med*. 2022;10.1056/NEJMoa2211680. doi:10.1056/NEJMoa2211680
7. Глезер М.Г., Чернявская Т.К. Современные подходы к организации помощи пациентам с сердечной недостаточностью. *Кардиология*. 2020;60(8):106-114. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.8.n866>
8. Фомин И.В., Виноградова Н.Г., Поляков Д.С., Погребецкая В.А. Опыт внедрения новой формы организации медицинской помощи больным сердечной недостаточностью в Российской Федерации. *Кардиология*. 2021;61(3):42-51. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.3.n1005>
9. Koser KD, Ball LS, Homa JK, Mehta V. An Outpatient Heart Failure Clinic Reduces 30-Day Readmission and Mortality Rates for Discharged Patients: Process and Preliminary Outcomes. *J Nurs Res*. 2018;26(6):393-398. doi:10.1097/jnr.0000000000000260
10. Lee DS, Straus SE, Farkouh ME, et al. Trial of an Intervention to Improve Acute Heart Failure Outcomes. *N Engl J Med*. 2023;388(1):22-32. doi:10.1056/NEJMoa2211680
11. Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev*. 2017 Apr;3(1):7-11. [PMC free article] [PubMed]
12. Malik A, Brito D, Vaqar S, Chhabra L, Doerr C. Congestive Heart Failure (Nursing). 2022 Nov 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 34662011.
13. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Delling FN, Djousse L, Elkind MSV, Ferguson JF, Fornage M, Khan SS, Kissela BM, Knutson KL, Kwan TW, Lackland DT, Lewis TT, Lichtman JH, Longenecker CT, Loop MS, Lutsey PL, Martin SS, Matsushita K, Moran AE, Mussolino ME, Perak AM, Rosamond WD, Roth GA, Sampson UKA, Satou GM, Schroeder EB, Shah SH, Shay CM, Spartano NL, Stokes A, Tirschwell DL, VanWagner LB, Tsao CW., American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020 Mar 03;141(9):e139-e596.